


Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llamar a 787-833-8070. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.planmedicobellavista.com, llamar a 787-833-8070 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, Servicios Preventivos	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro.
¿Hay otros deducible por servicios específicos?	\$0	No tiene que pagar deducible por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para el plan ?	\$6,350 Individual \$12,700 Familiar	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Cuando la persona cubierta alcance el máximo en gastos del bolsillo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros, el Plan Médico SSBV cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No incluye primas y servicios no cubiertos por el plan.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí	Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	Sí	El Plan Médico es de cuidado dirigido donde su médico de cuidado personal es responsable de proveerle un referido según su evaluación clínica y sus necesidades.

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante	
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)		
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$0 (Nivel 1 Bella Vista) \$15 (Nivel 2)	Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coseguro que aplique.	Visitas a su médico de cuidado personal el cual estará disponible a través de los centros de medicina primaria autorizados.	
	Consulta con un especialista	\$15			
	Atención preventiva/evaluación /vacuna	\$0			
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	0% (Nivel 1 Bella Vista) 40% (Nivel 2)		De no utilizar farmacias participantes se reembolsará tarifas contratadas. Vea cubierta de farmacia para mayor detalle.	No se cubrirá si no cumple con requisitos de referido en los casos que aplique. Requiere preautorización y referidos. CT Scan / MRI / Sonografía – 1 por región anatómica por año contrato PET – 1 por año contrato Para mayor detalle favor refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% (Nivel 1 Bella Vista) 40% (Nivel 2) 30% PET Scan (Nivel 1) 40% (Nivel 2)			
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.planmedicobellavista.com	Medicamentos genéricos	\$10			**El beneficio de farmacia tiene medicamentos genéricos como primera opción. Tiene límite de pago del Plan Médico de \$1,500 por individuo. Luego se pagará un 80% de coseguro.
	Medicamentos de marca preferidos	50% coseguro (\$0 - \$1,500)**			
	Medicamentos de marca no preferidos	50% coseguro (\$0 - \$1,500)**			
	Medicamentos de especialidad	50% coseguro (\$0 - \$1,500)			

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.planmedicobellavista.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Facilidad Ambulatoria 20% (Nivel 1 Bella Vista) 35% (Nivel 2)	Cubierto por reembolso a tarifa contratada correspondiente a esa especialidad menos el copago o coaseguro que aplique.	Requiere preautorización
	Tarifa del médico/cirujano	0%		Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$0 (Nivel 1 Bella Vista) \$70(Nivel 2)	EU 50%	Aplica coaseguro en estudios especializados.
	Transporte médico de emergencia	Ambulancia Terrestre en PR Reembolso hasta \$80 por viaje. Ambulancia Aérea 50% coaseguro		Los servicios prestados a través del Sistema 911 serán pagaderos directamente al proveedor.
	Atención de urgencia	\$70	Cubierto por reembolso	Aplica coaseguro en estudios especializados.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	\$0 (Nivel 1 Bella Vista) \$200 (Nivel 2)	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad.	Admisiones electivas requieren autorización Aplica coaseguro en estudios especializados.
	Tarifa del médico/cirujano	\$0		Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Sevicios para pacientes ambulatorios	Psicólogo/Psiquiatra \$15	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor de la misma especialidad.	Servicios para el tratamiento de condiciones mentales según dispuesto en Ley Federal MHPAEH de 2008.
	Sevicios para pacientes hospitalizados	Parcial \$100 Completa \$200		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15		
	Servicios de profesionales para el nacimiento y el parto	\$0	Incluye suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante dentro de la cubierta.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$0 Nivel 1 Bella Vista \$200 Nivel 2		

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	50% coaseguro		Requiere preautorización
	Servicios de rehabilitación	50% coaseguro		20 terapias por año contrato
	Servicios de habilitación	50% coaseguro		
	Atención de enfermería especializada	\$150		Hasta un máximo de 120 días por año contrato. Para mayor información refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	Equipo médico duradero	30% Nivel 1 Bella Vista 50% Nivel 2 Beneficio inicial hasta \$5,000 luego 80%	Cubierta a través de reembolso a tarifa contratada de SSBV con otro proveedor	Para mayor información de límites que apliquen refiérase a la Evidencia de Cubierta.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No Cubierto		
Si su niño necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$10		1er examen de refracción por suscriptor por año contrato. Hasta 21 años de edad.
	Anteojos para niños	\$0 -Beneficio máximo \$200		1 par por año contrato dentro de colección
	Control dental para niños	\$0 coaseguro en servicios preventivos		Limpieza dental cada 6 meses Tratamiento de fluoruro hasta los 19 años de edad.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Acupuntura
- Audífonos
- Cirugía cosmética
- Cuidado a largo plazo (long term care)
- Enfermera privada
- Programa para pérdida de peso
- Servicios que no son emergencia fuera de Estados Unidos y Puerto Rico
- Tratamientos de infertilidad

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cirugía Bariátrica
- Cuidado dental (adulto)
- Cuidado rutinario de los ojos (adulto)
- Cuidado rutinario de los pies (podiatras)
- Quiropráctico

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: la Oficina del Comisionado de Seguros de PR acceder al 787-304-8686. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: 787-833-8070 o www.planmedicobellavista.com.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [\[Sí/No\]](#)

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes, seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipo de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no se elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? [\[Sí/No\]](#)

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudara a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 787-833-8070.]

[English (Ingles): To obtain assistance in English, call 787-833-8070.]

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.planmedicobellavista.com.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)	Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)
---	--	--

- El **deducible** general del [plan](#) \$0
- **Especialista [costo compartido]** \$15
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] (Red Preferida) \$0
- Otro: **Pruebas Diagnósticas Red Preferida** 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

- El **deducible** general del [plan](#) \$0
- **Especialista [costo compartido]** \$15
- Hospital (instalaciones) \$N/A
- Otro **Laboratorios** 40%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

- El **deducible** general del [plan](#) \$0
- **Especialista [costo compartido]** \$15
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] Red Preferida \$0
- Otro **[costo compartido]** 40%
- Radiología (Red Preferida) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	Costo total hipotético	Costo total hipotético	
\$4,087	\$5,025	\$693	
En este ejemplo, Peg pagaría:	En este ejemplo, Joe pagaría:	En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido		Costo compartido	
Deducibles	\$0	Deducibles	\$0
Copagos	\$327	Copagos	\$180
Coseguro	\$0	Coseguro	\$1,842
Qué no está cubierto		Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$105
El total que Peg pagaría es	\$327	El total que Joe pagaría es	\$2,022
		El total que Mia pagaría es	\$75

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.